

Gelebter Trialog: Was Betroffene sich wünschen

15.DGBS-Jahrestagung 2015 in Essen vom 17.-19.9.2015

Symposium V:

Gelebter Trialog in der DGBS – Wie wollen wir (Profis, Angehörige, Betroffene) den Trialog realisieren?

Trialog steht in der Psychiatrie für einen Erfahrungsaustausch „auf Augenhöhe“ zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen psychisch Kranker und Professionellen durch Ausbildung. Dieser Erfahrungsaustausch fand ursprünglich in sog. **Psychose-Seminaren** statt. (*Wikipedia*)

Trialog ist eine Form der Begegnung um voneinander zu lernen. Er ist keine Therapie, sondern ein gleichberechtigter Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden.

Die Themen werden von allen Teilnehmern festgelegt.

Was bringt ein Trialog?

Erleben eines Perspektivenwechsels. Aufbau einer offenen Handlungsstruktur und gemeinsamen Ebene der Kommunikation.

Psychose-Seminar

Das erste Psychose-Seminar entstand im Sommer 1989 an der Universitätsklinik Hamburg - Eppendorf (UKE), durch Dorothea Buck und den Psychologen Thomas Bock.

Es entstand aus dem Wunsch die Sicht Psychose-Erfahrener mit Fachleuten zu besprechen, damit sich daraus ein besseres gegenseitiges Verständnis und Verbesserungen entwickeln.

Mittels dieser Kenntnis kann und konnte die Behandlung und Umgang mit Psychose-Erkrankten verändert und verbessert werden.

(trialoge-norddeutschland.de/)

Was bedeutet das für uns in der DGBS, die laut Satzung seit 2009 trialogisch aufgebaut ist?

Als Betroffener mit Wünschen:

Es hat zwar mittlerweile ein Aufeinanderzugehen stattgefunden, dies reicht aber für einen Trialog auf Augenhöhe mit dem Ziel, voneinander zu lernen, einen Perspektivwechsel zu vollziehen und vor allem Verbesserungen zu schaffen nicht aus.

Wunsch 1:

Schaffen Sie die Möglichkeit eines Arbeitskreises Trialog und statten Sie diesen auch mit zumindest Empfehlungskompetenz aus.

Wunsch 2:

Beteiligen Sie Betroffene und Angehörige an der Formulierung neuer Forschungsprojekte und Forschungsziele. Allein auf die genetische Erforschung einer vermeintlichen schweren Erbkrankheit mit einem Milliardenaufwand zu setzen ist aus unserer Sicht nicht nur eine Sackgasse, sondern Irrsinn.

Die Erforschung der Physiologie von Manie aber auch Depression ist nicht wahrnehmbar. Die Entdeckung der gefühlsmulierenden Systeme wie Endorphine, Endocannabinoide und Endohalluzinogene sowie neurogene Peptidhormone und Cybernine in den letzten 40 Jahren hat in das psychiatrische Weltbild der affektiven Störungen so gut wie noch keinen Eingang gefunden.

Dafür wird die Fähigkeit, medikamentös die Konzentrationen der 5 wichtigsten Transmittersubstanzen an den **10¹⁴ Synapsen** des Gehirns modulieren zu können, als das Non-plus-Ultra gefeiert, obwohl es jedem klar sein müsste, dass das Verändern von Stromstärken in den verschiedenen Subschaltkreisen eines Computers keine Problembeseitigung, allerhöchstens ein Symptomdimmen bewirken kann.

Wunsch 3: Ein klares, mit allen drei Parteien abgestimmtes Regelwerk zur Behandlung und Einstufung von Bipolar Betroffenen in der Phase und dazwischen.

Wenn es keine Zwangsbehandlung mehr geben darf, dann müssen sich die drei Parteien ein Regelwerk einfallen lassen, das den entsprechenden Therapiestandard sichert und jedem zugänglich macht.

z.B. Kriterien einer stationären Manikerbehandlung

1. geschlossenes Setting.
2. kein Ausgang
3. Kein Hinauswurf eines Manikers aus der geschlossenen Abteilung mit Hausverbot.
4. Einzug der Kreditkarte und des Handy's. Rationierung des Geldes.
5. Engmaschige professionelle Gespräche, stationäre krankheitsspezifische Psychoedukation..
6. Regeln nicht zu früh lockern oder zu früh entlassen.
7. Selbsthilfegruppe für Betroffene und ihre Angehörigen vor Ort.
8. Psychoedukation mindestens einmal im Jahr von den Profis der Klinik für Betroffene und Angehörige.
9. Wissen um die Behandlung der Manie mit Lithium

Wunsch 4:

Einbezug der Angehörigen vom ersten Tag der Behandlung. Es nicht zu tun, ist bei dieser Störung, die nach Rezidiven zum Abbruch aller sozialen Kontakte in den sozialen Tod führt, ein sehr schwerer Kunstfehler! *Thomas Bock DGBS Jahrestagung 2007 in Bochum*

Leider ist der soziale Aspekt der Störung nicht im Fokus der Akut-und Nach-Behandler. Erhalt des bestehenden sozialen Netzes der Betroffenen bedarf der stetigen Miteinbeziehung der maßgeblichen Angehörigen und wichtiger Personen wie Arbeitgeber in das Behandlungskonzept ab Beginn der Erkrankung.

Wunsch 5:

Pharmaunabhängige multizentrische Wirksamkeitsstudien zu Lithium in der Akutphase und Prophylaxe. Die Feststellung, dass Lithium zwar zum Goldstandard der Behandlung bei Bipolarer Störung gehört, es aber auf der anderen Seite nur dazu dient, Platzhalter zu sein bei Pharmastudien neuer Psychopharmaka, wobei die Studiendesigns so angelegt sind, dass die neue Substanz besser abschneidet als Lithium, ist mittlerweile heuchlerisch und irreführend.

Zum Schluß:

Bipolar im Wandel der Zeit

Die Erforschung und Behandlung dieser komplexen Störung, durch die wir das Wesentliche über Emotionen lernen, bedarf der Zusammenarbeit aller drei beteiligten Gruppen.